

Information zur Organisation der Medikamentenversorgung nach § 12a Apothekengesetz und Erklärung der Bewohnerin/ des Bewohners

Herr / Frau _____

1. Ich wurde durch die Einrichtung informiert, dass die Versorgung der Bewohner/ -innen mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten, die Ihre Versorgung in der Apotheke Ihrer Wahl nicht selbst wahrnehmen wollen oder können, zukünftig nach § 12a Apothekengesetz auf Grundlage eines Vertrages/ von Verträgen mit der/den Einrichtung/en kooperierenden Apotheke (Marienapotheke, Ochtendung) erfolgt. Inhalt und Ziele der gesetzlichen Regelung wurden mir erläutert.
2. Ich wurde dabei auf mein grundsätzliches Recht zur freien Apothekenwahl hingewiesen.
3. **Ja**, an dem in der Einrichtung vorgesehene Verfahren der Medikamentenversorgung nach § 12a Apothekengesetz möchte ich teilnehmen. Meine Entscheidung zur Teilnahme an dem in der Einrichtung vorgesehene Verfahren der Medikamentenversorgung nach § 12a Apothekengesetz kann ich widerrufen, um von meinem Recht Gebrauch zu machen, meine Medikamentenversorgung (Beschaffung in der Apotheke, Organisation der Medikamente) selbst wahrzunehmen.
4. **Nein**, ich werde nicht an dem vorgesehenen Verfahren zur Regelung der Medikamentenversorgung teilnehmen, da ich von meinem Recht Gebrauch mache, meine Medikamentenversorgung (Beschaffung in der Apotheke, Organisation der Medikamente selbst wahrzunehmen. Diese Entscheidung kann ich im Bedarfsfall widerrufen und dann an dem in der Einrichtung praktizierten Verfahren zur Medikamentenversorgung durch (eine) öffentlich zugelassene Apotheke/n teilnehmen.

Ort, Datum

Unterschrift Bewohner/-in bzw.
vertretungsberechtigte Person